

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

187

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie-Jeanne MERLE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

des Déterminations articulaires aiguës

OBSERVÉES DANS LA SCARLATINE

et notamment de la Polyarthrite suppurée

Président : M. P. TEISSIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUBE & Co, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

182

187

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

781

Travail de l'Hôpital Claude-Bernard (Clinique des Maladies infectieuses)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie-Jeanne MERLE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

des Déterminations articulaires aiguës

OBSERVÉES DANS LA SCARLATINE

et notamment de la Polyarthrite suppurée



Président : M. P. TEISSIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETIERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON GRAND-PÈRE MERLE

(in memoriam)

*Hommage de mon respect
et de ma reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

*A peine connus, mais dont
j'ai filialement conservé le
souvenir.*

A MA SŒUR

*Témoignage de ma sincère
affection.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. TEISSIER

Professeur de Clinique des Maladies contagieuses
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Nous sommes heureuse de
lui témoigner notre profonde
reconnaissance pour la haute
valeur de son enseignement et
de son exemple, ainsi que
pour le grand honneur qu'il
nous a fait d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

ÉLÈVE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

MM. les Professeurs BOUSQUET, BUY, BILLARD,
HUGUET, LEPETIT, MAURIN, PERRIN, PLAN-
CHARD.

MM. les D^{rs} CUVIER, MORNAC et PAKOWSKI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. le Professeur HARTMANN, professeur de cli-
nique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Professeur KIRMISSON, professeur
honoraire de clinique chirurgicale infantile.

Monsieur le Professeur VAQUEZ, professeur de cli-
nique thérapeutique, médecin de l'hôpital de
la Pitié.

Monsieur le Professeur MARFAN, professeur d'hy-
giène et de clinique de la première enfance, mé-
decin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

AVANT-PROPOS

Ce travail que j'ai entrepris sur le conseil de M. le Professeur Teissier n'a pas pour but de reprendre l'étude détaillée des manifestations articulaires aiguës qui peuvent se développer au cours de la scarlatine et dont les formes principales sont bien connues, et pour la plupart précisées, mais surtout de montrer les divers aspects cliniques que dans cette maladie les arthrites suppurées peuvent revêtir.

M. le Professeur Teissier a insisté depuis plusieurs années dans ses leçons et dans diverses publications sur l'allure rhumatismale de certaines arthrites suppurées, développées au cours de la scarlatine, il m'a donné le résultat des documents qu'il a recueillis depuis seize ans à l'hôpital des maladies contagieuses, et, depuis plusieurs mois j'ai étudié au pavillon de la scarlatine tous les malades qui ont présenté des manifestations articulaires de divers ordres. Les faits que j'ai pu recueillir comportent surtout des formes arthralgiques du rhumatisme dit scarlatin, sur lesquelles mon intention n'est point d'insister. Il s'est agi le plus souvent de cas bénins, et pendant une période où il n'y eut aucune recrudescence épi-

démique; cela explique le petit nombre de faits concernant la polyarthrite purulente d'ailleurs exceptionnelle dans sa forme bénigne et latente, et rare également dans les scarlatines compliquées de septicémie streptococcique. Ces formes comportent toutefois un intérêt à nos yeux, car, ainsi que l'a montré M. le Professeur Teissier, elles témoignent que les manifestations articulaires de la scarlatine, similaires de celles que l'on rencontre dans la streptococcémie ou l'érysipèle, sont, contrairement aux doctrines antérieures, distinctes du rhumatisme articulaire aigu, bien que cette dernière infection puisse s'associer exceptionnellement à la scarlatine.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE
des Déterminations articulaires aiguës
OBSERVÉES DANS LA SCARLATINE
et notamment de la Polyarthrite suppurée

HISTORIQUE

La fréquence des accidents articulaires au cours de la scarlatine a depuis longtemps été constatée.

Sennert en 1619 et Döering presque à la même époque sont les premiers qui aient fait mention de douleurs articulaires avec gonflement et rougeur survenant au cours de la maladie.

Cette complication s'est montrée fréquente dans certaines épidémies notamment à Breslau en 1770, à Rotterdam en 1778, à Stockholm en 1790, à Königs-lutter en 1799, à Hanau en 1818, à Dublin en 1834, et nombreux sont les praticiens qui l'ont observée. Bicker, les deux Frank, Murray d'Edimbourg, Borseri, Rush, Roech, Duchâteau, Kennedy, Valleix, etc... mais surtout Graves et Pidoux qui, les premiers, ont précisé les rapports de la scarlatine et des arthropathies et enfin Trousseau qui l'a étudiée admirablement et s'est attaché particulièrement à sa nature et à ses diverses formes.

Des auteurs plus modernes se sont encore intéressés à cette question. En Allemagne Heubner, Bahrdt, Lehnhartz, Marie Raskin, Krauze, se sont occupés particulièrement des recherches bactériologiques. En Angleterre, Carslaw, Caïget, Hodges, Ashby nous ont laissé des observations intéressantes. En France, pour ne citer que quelques noms, ce sont : De Lapersonne, Marfan, qui étudient les manifestations aiguës du rhumatisme scarlatin, et, parmi celles-ci, font une différence nette entre les formes séreuses et les formes suppurées, Richardière et Péron qui, les premiers, ont signalé des cas de rhumatisme déformant, Gouget qui insiste sur les manifestations chroniques se terminant par ankylose et simulant la tumeur blanche, enfin M. le professeur Teissier qui, dans de nombreuses leçons cliniques et dans diverses publications, a insisté particulièrement sur le polymorphisme du rhumatisme scarlatin et sur l'absence de manifestations cardiaques, élément de diagnostic important entre le rhumatisme scarlatin et le rhumatisme articulaire aigu.

De cet aperçu historique il ressort que jusqu'ici on a distingué trois formes aiguës de rhumatisme scarlatin :

- 1° La forme arthralgique ;
- 2° La polyarthrite séreuse avec ou sans épanchement ;
- 3° L'arthrite suppurée, soit purulente d'emblée, soit secondaire à une arthrite séreuse.

Plus deux formes chroniques :

Le rhumatisme déformant ;

Le rhumatisme bacillaire.

Nous n'envisagerons dans ce travail que les formes aiguës et, parmi celles-ci, nous insisterons sur une variété de polyarthrite, non encore précisée, à allure rhumatismale, mais à épanchement puriforme.

ÉTUDE CLINIQUE

Le rhumatisme est une complication fréquente de la scarlatine. Sur 351 cas de scarlatine suivis en 1913, à l'hôpital Claude-Bernard, on a relevé 102 cas de localisations articulaires, soit une proportion de 29 0/0 et il s'agissait ici, comme pour les faits observés en 1922, de scarlatine n'ayant pas le caractère épidémique et de cas bénins. Les chiffres donnés par les auteurs sont un peu différents à ce sujet. Cela tient à plusieurs causes. D'abord à la variabilité des manifestations articulaires selon les épidémies, en second lieu à ce que de nombreux faits d'arthralgies échappent au médecin, car il faut les rechercher avec soin et souvent ils ne sont pas accusés par le malade, or, il est certain que la forme arthralgique est de beaucoup la plus fréquente.

Nous avons pu confirmer les données de Guersant, Blache, Cadet de Cassicourt, Trousseau, qui admettent une proportion moindre pour les enfants, et, dans notre statistique, nous trouvons une proportion de :

6,5 0/0 pour les enfants

25 0/0 pour les adultes.

En résumé, d'après nos examens, nous avons trouvé dans un tiers des cas des localisations articu-

lares au cours de la scarlatine. Les femmes ont été quatre fois plus atteintes que les hommes, les enfants quatre fois moins que les adultes.

Conditions d'apparition. — En général, lorsque l'angine décroît, lorsque l'éruption tend à disparaître et que la température descend à la normale. Nous n'avons pas remarqué que les antécédents rhumatismaux jouent un rôle dans cette apparition. Peter a bien dit : « On a du rhumatisme dans la scarlatine parce qu'on est rhumatisant » mais cet aphorisme est loin d'être vrai. C'est ainsi que sur les 351 cas, observés à Claude-Bernard, trois fois seulement on a pu noter des antécédents rhumatismaux. Une fois il s'agissait d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, une autre fois d'une chorée rhumatismale, enfin la troisième fois d'un purpura rhumatoïde.

Par contre, dans tous les autres cas, nous n'avons trouvé aucun antécédent rhumatismal. Même chez 5 malades, l'une avec rhumatisme déformant, l'autre atteinte de maladie mitrale consécutive à une crise de rhumatisme articulaire aigu, une troisième de maladie mitrale, une quatrième de rétrécissement mitral, une cinquième de symphyse cardiaque rhumatismale, à aucun moment nous n'avons constaté de phénomènes arthralgiques.

Il semble donc bien qu'il n'y a aucun lien entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme scarlatin.

Siège. — Conformément à l'opinion de Hodges, les articulations les plus fréquemment prises sont :

Les poignets, les genoux, les mains, puis les épaules, les coudes, les pieds, etc.

Date d'apparition. — Le plus fréquemment, du deuxième au quatrième jour après l'entrée du malade à l'hôpital Claude-Bernard, c'est-à-dire du cinquième au septième jour de la maladie. Hodges est du même avis, et, il a vu les arthralgies se manifester du septième au huitième jour de la maladie chez 53 malades, sur 117 scarlatineux.

Il est exceptionnel que les douleurs articulaires apparaissent en même temps que l'éruption, leur apparition tardive, au contraire, n'est pas une rareté.

En résumé, c'est surtout au cours ou à la fin de la première semaine, au moment où l'éruption pâlit et où la fièvre commence à tomber que le malade se plaint de ses jointures ; très rarement c'est au moment du syndrome d'infection secondaire de la scarlatine.

* * *

Tels sont les faits d'ordre général que nous a permis de recueillir l'étude de statistiques anciennes et récentes et plus particulièrement les faits constatés à Claude-Bernard en 1913 et dans ces dernières années. Nous devons maintenant nous demander sous quel aspect se présente le rhumatisme scarlatin.

En dehors de la forme arthralgique, on a admis trois formes de rhumatisme scarlatin :

I. — La polyarthrite séreuse aiguë, soit à manifestations arthralgiques simples, soit avec épanchement.

II. — Une forme de polyarthrite séreuse pouvant secondairement suppurer, cas plus exceptionnel.

III. — Une forme purulente d'emblée.

Nous n'envisageons que les formes aiguës et articulaires car il y a aussi des localisations musculaires ou au niveau des gaines tendineuses.

Forme arthralgique. — C'est une forme qui survient en général au début de la scarlatine, du sixième au huitième jour. Le malade se plaint de douleurs plus ou moins vives dans les articulations des doigts, des poignets, plus rarement des épaules et des coudes. Cette douleur manque parfois au repos, elle est exagérée par les mouvements provoqués. L'articulation n'est nullement modifiée, la peau est seulement plus rouge, plus tendue. Ces arthralgies peuvent durer plus ou moins longtemps, quelquefois un jour ou deux, d'autres fois davantage, leur durée moyenne est d'une semaine. Elles sont quelquefois si légères que le malade ne les accuse pas, aussi les ignore-t-on si on n'interroge pas soigneusement le malade (obs. I) ; d'autres fois, au

contraire, elles sont très douloureuses et le malade s'en plaint vivement (obs. II).

Observation I (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Arthralgies légères survenues le neuvième jour de la scarlatine, ont duré trois jours.*

B... Madeleine, âgée de 22 ans, entre au pavillon de la scarlatine le 16 janvier 1922.

Antécédents. — Grippe en 1918 avec température, a gardé le lit un mois, en 1919 pleurésie droite qui a duré un mois, en 1920 une fausse couche de quatre mois et demi suivie de curettage ; en 1921, un enfant venu à terme, mort de méningite à deux mois.

Début de la scarlatine. — Le 11 février par maux de gorge, maux de tête, vomissements. Le lendemain, a gardé le lit.

13 février. — L'éruption débute brusquement, la malade dit être venue d'un seul coup toute rouge, même la face.

16 février. — Entre à l'hôpital.

17 février. — Exanthème généralisé typique.

Enanthème. Langue dépouillée, rouge sur les bords.

Albumine : 0.

Rate : 7, 12,5.

Foie : ligne mamellaire 12, paramédiane 8.

Cœur : normal.

Pouls : 100.

Poumons : à gauche, respiration un peu forte. Température 38°4, les deux jours suivants elle tombe à 37°5, 37°2.

20 février. — L'exanthème pâlit, le malade ne se plaint

pas, mais en l'examinant attentivement on se rend compte qu'elle éprouve des douleurs rhumatismales légères dans les deux poignets et l'épaule droite qu'elle accuse à l'interrogation. Le lendemain, les douleurs sont très améliorées. Le surlendemain le malade éprouve des douleurs au réveil, plus rien dans la journée. Elle reçoit 1 gramme d'aspirine.

23 février. — Les douleurs ont complètement disparu et la scarlatine évolue normalement sans aucune complication.

16 mars. — La malade sort guérie.

Voilà un de ces cas d'arthralgie qui échappent facilement au médecin.

Observation II (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Arthralgies violentes survenues le cinquième jour de la scarlatine, ont duré sept jours.*

G... Elisabeth, 29 ans, entrée le 12 janvier 1922 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — Bronchite à répétition depuis l'âge de 7 ans, rougeole dans l'enfance. En 1914, crise de coliques néphrétiques. Au début de 1921, albuminurie avec anasarque. Un premier enfant à l'âge de 20 ans, grossesse normale, pas de fausse couche.

Maladie actuelle. — Contagion par sa fille. Début le 10 janvier 1922 par une angine, le 11, la température est à 40°6 et l'éruption scarlatiniforme apparaît. Le 12 janvier, la malade a des vomissements et entre à l'hôpital.

Examen. — Enanthème }
Exanthème } typiques.

L'éruption est généralisée.

Poumons : à droite percussion normale. Respiration rude, un peu soufflante au niveau du hile.

A gauche : submatité hilaire et du sommet, respiration légèrement rude.

Cœur : normal.

Foie : normal.

Rate : $7,5 \times 12$.

Température : $39^{\circ}6$.

15 janvier. — L'éruption est moins intense, disparue par endroits, et le malade accuse des douleurs rhumatismales dans les deux genoux. Pas de gonflement. La malade prend de l'aspirine.

16 janvier. — Douleur dans les poignets et les doigts surtout le pouce et l'index. Gonflement léger, mouvement impossible sans douleur. L'éruption subsiste encore en quelques points, surtout aux membres inférieurs, la gorge est très rouge, les amygdales tuméfiées, les conjonctives injectées.

17 janvier. — Les douleurs durent toujours dans les poignets et les genoux, de plus douleur très légère dans le coude gauche et l'épaule droite.

L'éruption a presque disparu sauf aux membres inférieurs. A la face, la desquamation commence.

18 janvier. — Amélioration des douleurs rhumatismales.

Les jours suivants, l'amélioration continue et le 22 les douleurs ont complètement disparu, après avoir duré en tout sept jours.

La scarlatine évolue sans autres complications et la malade sort le 19 février.

*
* *

A côté de la forme arthralgique se place une forme plus sérieuse bien que bénigne encore la polyarthrite séreuse aiguë.

I. — Polyarthrites scarlatineuses ou plus exactement des scarlatineux pour ne pas préjuger de leur pathogénie.

Ce sont celles qui avaient frappé le plus les premiers auteurs et qui répondent surtout au rhumatisme dit scarlatin, en fait elles sont beaucoup moins fréquentes que la forme arthralgique. Les unes peuvent être précoces, les autres tardives, selon la remarque restée juste de Trousseau. Elles surviennent, en général, au début de la scarlatine, à la période d'éruption, vers le sixième jour, en moyenne du huitième au dixième. Elles peuvent cependant se manifester à la période de convalescence, lors de la desquamation ou même plus tardivement au moment du syndrome infectieux secondaire. Les types cliniques de cette forme tardive, bien que pouvant être légers sont plus sérieux que les manifestations articulaires précoces.

Elles débutent par des douleurs erratiques et chez bien des malades par une légère aggravation de l'état général avec élévation de température, qui peut

manquer cependant. Elles sont souvent une complication de l'angine, on sait d'ailleurs l'importance pathogénique de ces infections angineuses dans les déterminations articulaires. Au bout de vingt-quatre heures les phénomènes se précisent et un nombre variable d'articulations sont prises, parmi celles-ci les plus fréquemment atteintes sont les articulations découvertes, les poignets, les doigts, après viennent les genoux, les tibio-tarsiennes, les coudes, plus rarement les épaules et les hanches; on a rapporté aussi des cas d'arthrite atloïdo-axoïdienne et temporo-maxillaire.

Si l'on examine ces différentes articulations, on constate que telle articulation est simplement légèrement augmentée de volume, un peu rouge, telle autre a des lésions plus importantes, déformations plus ou moins accentuées avec ou sans épanchement. En même temps le malade accuse des phénomènes douloureux souvent spontanés, d'autres fois provoqués par la pression des points péri-articulaires. Ce sont ces phénomènes douloureux qui peuvent parfois commander chez le malade la position particulière de relâchement des jointures, malade immobile, jambes en extension, membres supérieurs en demi-flexion, attitude comparable à celles que prennent les malades dans les crises de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a une certaine mobilité dans les localisations douloureuses, plus que dans le rhumatisme blennorragique, moins que dans le rhumatisme articulaire

aigu. C'est un rhumatisme pauci-articulaire, mais cette mobilité ne fait pas que la douleur revienne sur l'articulation qu'elle a abandonnée, comme cela se voit dans le rhumatisme articulaire aigu.

Cette forme évolue, le plus souvent, avec un syndrome général limité comme élévation de température et comme fréquence de pouls. La marche est d'ailleurs rapide et, en quelques jours, les phénomènes s'amendent sans laisser aucune suite : atrophie musculaire ou ankylose.

Quelques différences cliniques, que ce rhumatisme présente avec le rhumatisme articulaire aigu, l'absence de retentissement sur le cœur en est une autre et très importante.

M. le professeur Teissier a montré que, contrairement à l'opinion classique, la scarlatine n'est pas la maladie qui, après le rhumatisme articulaire aigu, touche le plus l'endocarde. A vrai dire, la plus grande partie des endocardites de la scarlatine décrites autrefois, ne sont que des erreurs de diagnostic dues à la méconnaissance des souffles extra-cardiaques. Dans plusieurs observations Trousseau et Picot après avoir constaté un souffle pendant la vie n'ont trouvé aucune lésion à l'autopsie.

Chez la plupart des malades, M. Teissier n'a trouvé que des souffles extra-cardiaques, et, jusqu'ici chez aucun des malades scarlatineux atteints d'un rhumatisme développé sous l'influence de la scarlatine, il n'a constaté de lésions de l'endocarde.

M. Teissier a montré également, notamment dans

une enquête faite avec son interne Lian, que chez des scarlatineux, porteurs de lésions valvulaires antérieures, aucun indice d'aggravation n'avait pu être relevé dans la lésion endocardique antérieure.

Les lésions de l'endocarde, que l'on peut rencontrer au cours de la scarlatine, semblent être dans la totalité des cas où l'enquête bactériologique a pu être faite d'origine streptococcique, car le virus scarlatine étant inconnu son action ne peut être nettement appréciée. Mais dans les conditions où nous observons habituellement, les lésions de l'endocarde sont rares. En tout cas, ce n'est pas parce qu'il y a du rhumatisme scarlatin que le cœur est touché, et les études faites à Claude-Bernard ont montré à plusieurs reprises qu'il n'y a pas plus de lésions endocardiques au cours de scarlatine avec rhumatisme qu'il n'y en a avec les scarlatines sans rhumatismes. Les manifestations articulaires et cardiaques peuvent être contemporaines ou successives, en tout cas elles sont les co-effets de l'infection scarlatineuse ou d'une infection associée à la scarlatine.

De même le retentissement est exceptionnel sur le muscle cardiaque, cliniquement parlant et non anatomiquement.

L'action est peut-être moins exceptionnelle sur le péricarde, toutefois, de 1905 à 1921. M. le professeur Teissier n'a rencontré que huit fois la péricardite aiguë et cela sur plusieurs milliers de malades.

Cette absence de retentissement habituel sur le cœur dans le rhumatisme scarlatin est une différence

capitale entre ce rhumatisme et le rhumatisme articulaire aigu.

Ce genre de polyarthrite faisait supposer que les épanchements étaient de nature séreuse car il est entre ce rhumatisme polyarticulaire et les arthrites que l'on peut trouver à la période tardive, notamment les arthrites suppurées, de grandes différences cliniques.

Observation III (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). *Polyarthrite scarlatineuse aiguë sans épanchement, début le sixième jour de la scarlatine, a duré treize jours.*

J... Marie, 31 ans, entrée le 1^{er} février 1922 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — Rougeole dans l'enfance. Un enfant à l'âge de 20 ans, mort à 9 mois de méningite, opérée à 22 ans, d'un kyste de l'ovaire.

Maladie actuelle. — Contagion inconnue. La maladie a débuté le 26 janvier par céphalée, vomissement, constipation, le 27 angine, le 28, l'éruption scarlatiniforme apparaît et se généralise rapidement.

Examen. — L'exanthème subsiste encore à la face interne des bras et aux plis de flexion du coude, la face desquame. Enanthème. Langue dépouillée, rouge sur les bords.

Cœur : normal.

Pouls : 100.

Poumons : normaux.

Foie : ligne paramédiane 8, ligne mamelonnaire, 12.

Base : 12,5 et 8.

Traces d'albumine.

Température 38°7.

La malade qui est immobile dans son lit accuse des douleurs rhumatismales intenses qui ont débuté le 1^{er} février. Elles siègent dans plusieurs articulations, les poignets, les doigts, les épaules, le genou droit, les articulations tibio-tarsiennes et les orteils, les poignets et les doigts sont en demi-flexion et gonflés, la peau est rouge et distendue, l'impotence fonctionnelle complète. Pas d'hydarthrose.

4 février. — Légère sédation des douleurs, sous l'influence de l'aspirine, mais les mouvements sont encore impossibles, et le gonflement persistant. La malade éprouve aussi des douleurs dans la colonne vertébrale et dit être enkylosée. Elle a de l'adénite cervicale et sur le cou la desquamation commencée.

Le cœur est normal, le pouls à 92, la température à 38°.

6 février. — Les douleurs sont un peu améliorées, le gonflement moindre et la malade exécute quelques mouvements, la température est à 37°7. Pouls 88.

Du 7 au 12 février. — Les douleurs et le gonflement articulaires disparaissent petit à petit. Pas d'autres complications.

13 février. — Les manifestations articulaires ont complètement disparu, la scarlatine continue son cours et la malade sort le 2 mars.

Observation IV. (*Clinique des maladies infectieuses. Hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Polyarthrite scarlatineuse aiguë avec très légère hydarthrose du genou, l'épanchement a été trop peu abondant*

pour nécessiter une ponction, début de la polyarthrite le cinquième jour de la scarlatine; durée dix jours.

L... Marguerite, 20 ans, ménagère, entrée le 10 janvier 1922 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — Rougeole dès l'enfance, s'est toujours bien portée. A accouché normalement le 25 novembre 1921, nourrit son enfant au sein, retour de couches le 9 janvier 1922.

Début de la scarlatine. — 5 janvier, par angine, courbature, vomissements, céphalée.

7 janvier. — Apparition de l'éruption sur l'abdomen, puis s'étend au tronc et au cou, rien aux membres. En somme, éruption légère.

Examen, 10 janvier. — Enanthème, pas d'angine nette, langue décapillée rouge sur les bords. Exanthème très discret, n'est visible que dans la région lombaire. Pas d'albumine, température 38°5.

Le cœur, les poumons, le foie, la rate sont normaux.

La malade accuse quelques douleurs rhumatoïdes dans les poignets et les doigts. Extérieurement rien d'anormal dans les articulations malades.

11 janvier. — Les douleurs ont gagné les genoux, l'aspect de la malade est caractéristique, les poignets et les doigts sont en demi-flexion, les jambes en extension, les articulations malades sont tuméfiées, la peau est rouge et chaude, les mouvements sont impossibles.

12 janvier. — Même état, de plus l'épaule gauche est prise et gonflée, l'impotence fonctionnelle est complète. Dans les genoux, on perçoit la présence d'un léger épanchement,

mais insuffisant pour nécessiter une ponction, la température est à 39, le cœur normal.

13 janvier. — Légère amélioration, la température est à 38°4.

14 janvier. — Apaisement des douleurs dans les genoux, toujours un peu d'hydarthrose. Température 38°4.

16 janvier. — Amélioration notable des manifestations articulaires, les mouvements sont en partie récupérés, le gonflement presque disparu.

17-19 janvier. — L'amélioration continue. La température est à 37°4 et le 20 janvier il ne reste plus trace des manifestations articulaires.

La scarlatine évolue normalement et la malade sort le 8 février.

Observation V (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Polyarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme, début le cinquième jour de la scarlatine, a duré seize jours.*

D... Marie-Louise, 31 ans, concierge, entrée le 26 juin 1908 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — N'a jamais été malade. Mariée sans enfants.

La scarlatine a débuté le 19 juin par une angine violente, courbature, céphalée, vomissements alimentaires et bilieux. Pas de diarrhée. Le 21 apparaît l'éruption très prononcée et généralisée. Le 28 la malade entre à l'hôpital.

Examen. — L'éruption a complètement disparu, la desquamation commence au cou et sur les parties latérales du tronc.

Gorge : rouge sombre, simple angine érythémateuse.

Langue : décapillée.

Foie : normal, non douloureux.

Rate : normale.

Poumons : congestion légère des deux bases.

Cœur : dimensions normales, bruits légèrement assourdis partout. Souffle extra-cardiaque avec rythme de galop.

Pouls 124. Tension artérielle 11. Température 40°2.

Pas d'albumine.

La malade accuse des douleurs articulaires violentes dans les poignets, le coude droit et les genoux ; ces douleurs ont débuté l'avant-veille par les poignets. A l'examen des articles malades on constate de la rougeur de la peau, de la chaleur, du gonflement, le genou gauche est particulièrement distendu et on détermine facilement le choc rotulien. A la ponction du genou on retire un liquide filant d'aspect purulent. L'examen bactériologique et la culture ne révèlent la présence d'aucun microbe. Les polynucléaires et les mononucléaires sont en quantité à peu près égales, les polynucléaires sont normaux, quelques-uns seulement sont atteints de pycnose.

28 et 29 juin. — Les douleurs rhumatismales ne sont pas plus intenses, dans le genou une nouvelle ponction n'est pas nécessaire, la température se maintient à 39°9 et 40°.

30 juin. — La température s'abaisse à 39°5, les douleurs rhumatismales et le gonflement sont légèrement moindres.

1^{er} juillet. — La température est à 39°4, les bruits du cœur sont normaux.

Pouls 140. Tension artérielle 12. Respiration 36.

2 juillet. — La température est à 39°, les douleurs et le

gonflement articulaires sont encore améliorés. Cœur normal, souffle extra-cardiaque méso-systolique.

3 juillet. — La température est à 38°5, l'amélioration des douleurs est notable, le gonflement presque disparu.

4-10 juillet. — La température baisse chaque jour et les douleurs s'atténuent pour disparaître complètement le 10.

La scarlatine continue son évolution normale et la malade sort guérie le 24 juillet.

Observation VI (*Clinique des maladies infectieuses. Hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Polyarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme survenue le septième jour de la scarlatine, a duré sept jours.*

J... Marguerite, 25 ans, employée d'hôtel, entrée le 8 avril 1921 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — Rien à signaler.

Début de la scarlatine. — Le 3 avril par une angine, la malade avait de la dysphagie, une sensation de constriction à la gorge. Le 4, les amygdales sont augmentées de volume, le 5 des points blancs apparaissent sur les amygdales. La malade ressent quelques frissons, une soif intense, et elle a des vomissements bilieux. Le 6, l'éruption scarlatiniforme débute aux plis de l'aîne, sur l'abdomen, et s'étend à tout le corps en trois jours. Le 8 avril, la malade entre à l'hôpital.

Examen. — Exanthème typique.

Exanthème typique aussi, les amygdales sont rouges, non augmentées de volume, il y a un peu de muco-pus dans le pharynx. Légère adénite sous-maxillaire droite.

Foie : normal.

Rate : 12 et 8.

Poumons : normaux.

Cœur : normal.

Pouls : 80. Pression artérielle : Maxima : 15, minima : 6.
Température : 38°1. Pas d'albumine.

9 avril. — La malade accuse des douleurs dans l'articulation du genou gauche, dans le poignet et les doigts de la main droite, les mouvements de flexion et d'extension sont limités et douloureux.

10 avril. — Les douleurs sont encore plus intenses et s'étendent au genou droit et à la main gauche, les articulations des poignets et des genoux sont gonflées, particulièrement du genou gauche, la température est montée brusquement à 39°.

11 avril. — La température est à 39°2. Les douleurs rhumatismales encore plus intenses, les doigts sont en demi-flexion, gonflés non seulement au niveau de chaque jointure mais dans la continuité, les poignets et les genoux sont gonflés surtout le genou gauche, dans lequel le choc rotulien est nettement perçu. La ponction donne issue à un liquide puriforme, dans lequel aucun microbe n'est trouvé. Les polynucléaires nombreux sont intacts, quelques-uns seulement sont atteints de pycnose, il y a aussi des mononucléaires surtout des moyens, quelques rares lymphocytes.

En somme liquide paraissant stérile avec polynucléose abondante.

12 avril. — La température est descendue à 38°2, les douleurs sont légèrement atténuées, on ne renouvelle pas la ponction le liquide ne s'étant pas reproduit.

13 avril. — L'amélioration se poursuit, la température est à 37°9.

14 avril. — Les douleurs ont notablement diminué, le gonflement aussi, les mouvements sont possibles.

16 avril. — La température est à 37°4, les douleurs et le gonflement ont disparu.

Pas d'autres complications, la malade sort guérie le 7 mai, trente-quatre jours après le début de la scarlatine.

Observation VII (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard*). — *Polyarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme, début le huitième jour de la scarlatine ont duré huit jours.*

H... Paul, 19 ans, employé de commerce, entré le 24 juin 1921 au pavillon de la scarlatine.

Antécédents. — Rougeole, oreillons, pneumonie, opéré d'hydrocèle vaginale double.

Début de la maladie. — Le 23 juin par angine, céphalée, courbature et diarrhée. Le 24, mêmes symptômes et apparition d'une éruption scarlatiniforme au tronc et aux membres. Entré à l'hôpital.

Examen. — Le malade souffre de la tête, de la région lombaire et se dit très courbaturé. L'exanthème est généralisé, mais surtout intense sur le thorax, l'abdomen, le dos et les plis de flexion. La gorge est rouge, les amygdales grosses, il y a de la gêne à la déglutition. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, saburrale sur le reste de sa surface.

Pas d'albumine.

Cœur : deuxième bruit un peu claqué à l'orifice pulmonaire. Pouls 120. Tension artérielle 13,5 au Pachon.

Foie : normal.

Rate : 14-8.

24 au 29 juin. — La scarlatine a été très intense, le malade était somnolent, presque prostré, la température faisait des oscillations, le soir 40°, le matin 39°.

29 juin. — Le malade accuse des douleurs rhumatismales aux deux poignets.

1^{er} juillet. — Douleurs dans les genoux.

2 juillet. — Les petites articulations des pieds et des mains sont prises. Le malade est dans la position de relâchement des jointures, membres inférieurs en extension, poignets et doigts en demi-flexion, il y a de l'impotence fonctionnelle et les articles malades sont tuméfiés.

2 juillet. — Même état des articulations, température 40°.

Cœur : souffle systolique dans la région méso-cardiaque se propageant vers la pointe et vers l'appendice xiphoïde.

Poumons. — Matité remontant jusqu'à deux travers de doigts de l'omoplate. Abolition des vibrations et du murmure vésiculaire à la base droite. A la base gauche, submatité, râles de congestion.

4 juillet. — Une ponction exploratrice à la base droite est négative.

La polyarthrite est toujours intense.

Cœur : souffle mésosystolique léger.

5 juillet. — Le genou gauche est très distendu et la ponction donne issue à un liquide louche de teinte verdâtre légèrement opalescente. A l'examen microscopique du culot de centrifugation, on ne trouve pas de germes microbiens. On n'en trouve pas, non plus, par l'ensemencement direct du liquide ni par celui du culot. Les polynucléaires intacts sont dans la proportion de 90 o/o environ, les mononucléaires, surtout

des moyens, dans la proportion de 10 o/o. En somme, liquide puriforme, paraissant stérile, avec polynucléose abondante.

6 juillet. — La température est toujours à 39°. Il y a un œdème considérable de la main droite surtout de la face dorsale. La jambe gauche est aussi très œdématiée surtout au niveau des malléoles et de la face postérieure. La jambe est immobilisée dans une gouttière.

8 juillet. — La température est à 37°. L'œdème de la main a disparu et celui de la jambe a considérablement diminué. Le trajet de la veine saphène est toujours un peu douloureux, les douleurs articulaires ont complètement disparu. Le malade se remet petit à petit, sans nouvelles complications et sort le 24 août complètement rétabli.

Observation VIII (Clinique des maladies infectieuses. Hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine). — Polyarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme, chez une accouchée ayant présenté des phénomènes d'infection puerpérale. Début le treizième jour de la scarlatine, a duré neuf jours.

D... Marie, 31 ans, entrée à Claude-Bernard le 26 avril 1922.
Antécédents. — S'est toujours bien portée.

23 avril. — A accouché spontanément à terme d'un enfant vivant, bien portant.

25 avril. — Grande céphalée, frissons, le 26, angine douloureuse et apparition de l'éruption scarlatiniforme. Est envoyée à Claude-Bernard.

Examen. — On constate une éruption scarlatiniforme typique, mais au dos parsemée de papules plus rouges.

La langue est saburrale, la gorge rouge. Quelques points

blanchâtres sont disséminés sur les amygdales et les piliers.

On constate un peu d'éréthisme cardiaque, le pouls est à 140. Rien à signaler aux poumons, ni au foie, ni à la rate.

Légères traces d'albumine, température 40°.

28 avril. — La température est toujours à 40°, un peu de sensibilité de la région abdominale. Les lochies ne sont pas fétides. L'utérus est à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic.

29 avril. — Toucher vaginal : col perméable, écoulement de sérosité louche, lochies non fétides, l'utérus est dur et la pression fait sortir un fragment de membrane de la grosseur d'une noix, la température est à 39°.

2 mai. — Même état, l'hémoculture est négative.

3 mai. — L'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, il est entr'ouvert et les culs-de-sac sont empâtés, les lochies ne sont pas fétides, la température qui avait baissé remonte à 39°5.

5 mai. — Malgré la vessie de glace, le ventre est ballonné, température 39°.

6 mai. — Baisse brusque de la température 38 et 37°4.

7 mai. — Des douleurs apparaissent au niveau des articulations du coude et de l'épaule des deux côtés, il y en a également au niveau des articulations du genou, les articulations ne paraissent pas augmentées de volume sensiblement, il n'y a pas de rougeur, ni d'élévation de température locale. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse ne sont nullement douloureux, on constate un léger choc rotulien.

8 mai. — Quelques douleurs dans l'articulation du coude droit, les mouvements des épaules sont limités et douloureux surtout à droite, la température est à 38°.

Les genoux ont augmenté de volume surtout le gauche. On constate également à la jambe gauche un œdème pré-mal-léolaire avec rougeur, aucune douleur, l'œdème est diffus gardant le godet, les gaines tendineuses ne se dessinent pas. Au niveau du cou-de-pied droit les phénomènes sont analogues, mais moins marqués. Ponction de la cavité articulaire du genou droit : on ramène 10 centimètres cubes de liquide louche, jaunâtre, puriforme. L'examen cytologique du culot de centrifugation permet de constater un grand nombre de polynucléaires non altérés — cependant on aperçoit quelques éléments en état de pycnose — des mononucléaires moyens et quelques lymphocytes.

On ne voit aucun élément microbien les cultures sur gélose et sur bouillon sont négatives. Le liquide n'a aucune action sur la culture de streptocoques, il n'est pas bactériolitique.

En somme liquide paraissant stérile avec polynucléose abondante.

9 mai. — On refait une ponction de 10 centimètres cubes, l'examen du liquide retiré est absolument analogue à celui de la veille.

La température est à 38° l'état général satisfaisant.

10 mai. — Mêmes douleurs articulaires.

L'empâtement du bassin s'accroît, surtout perceptible dans la fosse iliaque gauche, réaction de défense sur tout le reste de l'abdomen, météorisme.

12 mai. — Le volume des genoux a diminué, les douleurs articulaires se sont aussi améliorées, la température baisse et l'état général est assez bon.

15 mai. — Même état.

16 mai. — Les douleurs articulaires ont presque disparu,

le volume des genoux est normal, la température est à 37°8 et l'état général de la malade satisfaisant.

Observation IX (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Polyarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme, survenue le quatrième jour de la scarlatine.*

B... Madeleine, 19 ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard, le 16 mai 1922 pour une scarlatine. A accouché normalement le 19 avril 1922 d'un enfant bien portant qu'elle nourrit au sein. La scarlatine a débuté par une angine, le 14 mai, à l'asile maternel, où il n'y avait pourtant pas d'autres cas.

Examen. — L'exanthème scarlatiniforme est typique, l'énanthème très accentué, les amygdales sont tuméfiées et couvertes d'un enduit dont la teinte tire sur le gris, l'ensemencement décèle du streptocoque.

La malade présente des douleurs aux articulations des poignets et des cous-de-pied, la température est à 39°5.

19 mai. — Les douleurs sont toujours très accentuées au niveau des poignets, qui sont gonflés, de l'épaule gauche et des genoux, du genou droit surtout qui est tuméfié et où on détermine facilement le choc rotulien. On fait une ponction et on retire 10 centimètres cubes de liquide louche, verdâtre, rappelant l'aspect d'émulsion d'absinthe.

L'examen microscopique du culot de centrifugation révèle de très nombreux polynucléaires, non altérés, quelques rares lymphocytes et moyens mononucléaires, très peu de macrophages. Pas de microorganisme. Les cultures sur bouillon et sur gélose sont négatives. Albumine 35 grammes par litre. L'hémoculture est négative.

La température est toujours à 39°8.

20 mai. — Même état. L'auscultation du cœur révèle de la tachycardie et l'éclat du second bruit au niveau du foyer pulmonaire. Pouls 128.

21 mai. — L'éruption scarlatiniforme a complètement disparu, douleurs sous-maxillaires, adénopathie marquée, amygdales toujours grosses, enduit pultacé sur l'amygdale droite. Légères traces d'albumine. La température baisse : 38°4.

Les douleurs rhumatismales et le gonflement des poignets sont améliorés, les douleurs persistent dans les deux genoux. On ponctionne le genou gauche, on retire un liquide analogue à celui du genou droit, et l'examen bactériologique est identique. En somme, liquide puriforme, paraissant stérile, avec polynucléose abondante.

23 mai. — Amélioration notable des douleurs rhumatismales, les genoux sont toujours un peu volumineux, mais l'état général est satisfaisant.

Observation X (du docteur Apert, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades). — *La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895 (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 8 mai 1896).* — *Monoarthrite scarlatineuse à épanchement puriforme.*

Enfant Sylvain, C... Entré le 13 mai 1895, salle de la scarlatine. Du septième au douzième jour de sa scarlatine il avait souffert d'une synovite des extenseurs avec température légère au début, la température était tout à fait tombée quant au quatorzième jour on constate au genou gauche une tuméfaction indolore, l'enfant ne se plaignait pas du tout du

genou, et c'est en le découvrant que l'on aperçut une articulation énorme, un peu tendue avec fluctuation très manifeste, rotule très mobile, choc rotulien facile à obtenir. La ponction donne un pus mal lié où le microscope et les cultures ne décèlent aucun microbe. Le lendemain la tuméfaction avait diminué et au bout de huit jours le genou avait repris son aspect normal. Ce cas est remarquable par l'apyrexie et l'absence complète de microbes. La date où cette observation a été recueillie explique qu'il n'ait pas été fait d'examen cytologique, mais le résultat des examens microscopiques et des cultures et surtout la guérison rapide permettent de le rattacher au groupe d'arthrites que nous avons en vue, avec cette différence qu'il s'agit ici d'une monoarthrite, tandis que dans les cas précédents, il s'agissait de polyarthrite.

II. — Polyarthrite séreuse susceptible de passer à la suppuration

Cette forme est rare une fois sur trente d'après la statistique de Carslaw. Sa fréquence serait aussi grande chez les enfants que chez les adultes, et son apparition serait plus tardive, du dixième au vingt-cinquième jour, c'est-à-dire à la période qui a été dénommée le syndrome d'infection secondaire, parfois il y a une nouvelle angine. Cette forme peut se produire aussi du huitième au dixième jour d'une scarlatine dont la température ne cède pas, dont l'angine persiste.

Le début est celui de la forme précédente, mais au bout de quelques jours les syndromes généraux s'accroissent, et on constate de la rougeur, du gonflement, de l'empâtement de l'articulation. Parfois même les accidents se précipitent, des phénomènes ataxo-adyamiques se développent, répondant à un véritable état septicémique ou septico-pyohémique et le malade peut succomber sinon de ses lésions articulaires, au moins de l'état qui les a provoqués. Parfois l'articulation se fistulise et la guérison peut s'obtenir au prix d'une ankylose. Ashby, Hénoc et Bokai citent des faits de ce genre. A vrai dire ils sont exceptionnels, M. Teissier n'a pas souvenance d'avoir rencontré un seul fait de cette gravité.

III. — Arthrites purulentes d'emblée

Elles appartiennent aux scarlatines graves et représentent une forme de l'infection purulente. Elles surviennent sur une ou plusieurs articulations en général sur un petit nombre. D'emblée elles s'affirment par des douleurs violentes, avec gonflement prononcé, empâtement profond. Le malade est prostré et succombe à une adynamie progressive. Là encore il s'agit de formes rares qui ne s'observent plus guère actuellement à moins de conditions épidémiques particulières, de terrain spécial.

Observation XI (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Arthrite suppurée, cas relativement bénin.*

Un jeune enfant vers le dixième jour de sa scarlatine, présente une arthrite suppurée du coude gauche évidente.

Il y a un énorme gonflement local, de la douleur, de la fièvre.

L'hémoculture est négative. Le chirurgien appelé intervient ouvrant l'articulation comme un abcès. Il s'écoule du pus en assez grande abondance, riche en streptocoques. L'enfant guérit facilement sans ankylose et sans atrophie musculaire.

Observation XII (*Clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, pavillon de la scarlatine*). — *Cas grave. Polyarthrite suppurée, septicémie secondaire au cours de scarlatine.*

Une fillette de 7 ans entre à l'hôpital Claude-Bernard pour une scarlatine évidente.

Le cinquième jour, la fièvre persiste, l'éruption pâlit, le huitième jour apparaît une angine blanche à streptocoques. En même temps l'enfant devient somnolente et par intervalles délirante. L'angine ne rétrocede pas, la fièvre reste presque en plateau dans les environs de 40°. Vers le dixième jour apparaissent du gonflement articulaire du gros orteil gauche, du genou droit à caractères nets d'arthrite suppurée. A deux reprises on trouve du streptocoque dans le sang et dans le pus des arthrites. L'enfant succombe rapidement.

Observation XIII. — Inédite communiquée par M. le professeur Teissier et ayant fait l'objet d'une leçon clinique. — *Septicémie streptococcique au cours d'une scarlatine méconnue et mal traitée, suivie d'arthrites suppurées et de lésions aiguës de l'endocarde.*

Un enfant de 2 ans 1/2, dix jours avant son entrée à l'hôpital Claude-Bernard a éprouvé un malaise général, une éruption discrète indéterminée qui a suivi de peu une angine. L'enfant est surveillé quelques jours, puis la mère ne voyant plus sortir l'éruption abandonne toute surveillance et laisse l'enfant courir la rue, bien que souffrant toujours de la gorge.

Le 20 avril 1920, la mère quitte son domicile pour accoucher d'un troisième enfant. A ce moment une voisine frappée de la mauvaise mine du petit malade l'envoie à l'hôpital. L'enfant examiné a été certainement atteint d'une scarlatine fruste, il est en pleine desquamation, sa langue est dépouillée, sa gorge rouge, il est pâle et chétif.

Rien d'apparent n'est constaté aux poumons, au cœur, au foie. La rate est augmentée de volume. Le température de 38° 8 à l'entrée tombe le lendemain à 37° 4, mais cette amélioration est de courte durée, car la température remonte à 38° puis à 39° 4 et le 27 avril, quinzième jour du début présumé de la scarlatine, le faciès de l'enfant prend un aspect pâle, déprimé, qui attire l'attention. Le pouls est incomptable. L'enfant accuse à la face dorsale du poignet et de la main droite des douleurs et à ce niveau se développe un œdème blanc et mou qui le lendemain devient rosé. A ce moment seconde zone de gonflement douloureux à caractère inflammatoire au niveau du coude. L'enfant prend l'aspect d'un grand infecté, le pouls est petit, régulier à 160.

L'examen du cœur montre des bruits assourdis, séparés par des intervalles égaux, sans souffles extra-cardiaques.

Les phénomènes de fluxion pulmonaire qui avaient commencé à se développer s'accroissent, la tuméfaction du coude et de la main prennent un caractère de plus en plus inflammatoire et s'étendent. Puis le genou gauche se prend à son tour, il devient globuleux, distendu, surtout un niveau des culs-de-sac bicipitaux et de chaque côté du tendon rotulien. Cette fluxion articulaire légèrement douloureuse s'accompagne d'un changement de coloration de la peau.

La ponction exploratrice du genou gauche donne issue à un liquide purulent, visqueux contenant du streptocoque et des polynucléaires.

Le 2 mai, le chirurgien, de garde appelé incise le coude droit, il sort un verre à Bordeaux environ d'un pus épais chocolat et dans ce pus l'examen et la culture confirment la présence du streptocoque. Pendant que la plaie du coude s'améliore, la tuméfaction de la main droite régresse progressivement, mais alors apparaît une nouvelle localisation à la face dorsale de la main et du poignet gauches. Ici encore la ponction donne issue à du pus qui contient du streptocoque.

Le 8 mai, aggravation progressive de l'état général, tachycardie qui fait craindre une lésion de l'endocarde, régression dans le genou gauche, œdème du poignet droit.

Le genou droit se prend à son tour et une ponction amène 50 centimètres cubes de pus verdâtre contenant du streptocoque.

Le 9 et le 10 mai, l'état s'aggrave et le malade succombe aux progrès de la septico-pyohémie ; un mois s'était écoulé

depuis le début présumé de la scarlatine. A l'autopsie on trouve des lésions végétantes et ulcéreuses, de l'endocardite aortique, des foyers de congestion pulmonaire, une rate grosse avec péricapsulite, le foie aussi est congestionné.

L'examen histologique permet de constater des foyers embolisants dans presque tous les viscères.

Cette forme d'arthrite purulente d'emblée est connue depuis longtemps, car ici la présence du streptocoque se décèle non seulement par la culture, mais par l'atteinte sérieuse de l'état général, la suppuration est cliniquement évidente. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Tels sont les trois types cliniques aigus auxquels peuvent répondre les arthropathies de la scarlatine.

Sont-elles distinctes étiologiquement ou plutôt pathogéniquement, ou répondent-elles à des processus d'intensité différente ? Doit-on avec certains auteurs, séparer les arthrites séreuses d'avec le rhumatisme scarlatin sous le seul prétexte que dans le premier cas les grosses jointures sont plus fréquemment touchées ? Doit-on mettre à fait les arthrites suppurées. Pour M. Teissier non — réserve faite des formes septicémiques -- et pour cette raison que par ponctions articulaires faites systématiquement dans des formes les plus caractérisées du rhumatisme scarlatin (par exemple ponction du genou touché en même temps que d'autres articles, mais siège d'un épanchement), alors que les signes locaux

ne témoignent d'aucune suppuration, on retire un liquide filant d'aspect purulent avec polynucléaires normaux, mais, avec quelques-uns atteints de pycnose. Et cette suppuration légère est le plus souvent aseptique, quelquefois cependant on peut y déceler le streptocoque. M. Teissier l'a trouvé une fois, mais il s'agit le plus souvent d'épanchement puriforme aseptique et l'hémoculture est négative. En tout cas l'articulation qui est le siège de cette purulence guérit comme les autres jointures avec la même médication.

Ces faits, du reste, ne sont pas spéciaux à la scarlatine et les manifestations rhumatismales de la scarlatine ou d'apparence rhumatismale ressemblent aux manifestations articulaires de la streptococcémie ou de l'infection érysipélateuse à allure rhumatismale.

Dans les poussées éphémères de streptococcémie on peut avoir des localisations de ce genre, exemple le cas de Canon qui, chez un malade atteint d'arthrites multiples présentant l'aspect du rhumatisme articulaire aigu, trouve du streptocoque par examen du sang.

D'autre part, les manifestations articulaires de l'érysipèle se montrent parfois sous la forme d'arthrites à allure rhumatismale et même avec localisations cardiaques, ou à allure d'arthrite suppurée.

Sans doute la coïncidence d'un rhumatisme articulaire aigu franc peut être invoquée dans la scar-

latine comme dans l'érysipèle mais il est plausible de considérer ces arthrites rhumatoïdes comme le résultat d'une septicémie streptococcique atténuée.

PATHOGÉNIE

Quel est le rôle de la scarlatine dans la détermination de ces manifestations articulaires? Il est d'interprétation délicate, plus délicate, par exemple, que pour le rhumatisme blennorragique. Il existe les mêmes difficultés pour expliquer les manifestations articulaires que pour toutes les autres manifestations. Il en sera ainsi tant que le virus scarlatin sera inconnu, d'autant que même dans les scarlatines expérimentales chez le singe, il ne semble pas que l'on ait obtenu de manifestations articulaires.

Il est possible qu'il soit exact de dire avec certains que le virus scarlatineux agit, avec d'autres que c'est le streptocoque. Il semble bien d'ailleurs que le rôle du streptocoque ne soit pas douteux. Cependant il y a des cas nombreux, cliniquement similaires, où la recherche du streptocoque dans le sang comme dans la synoviale a été négative. Dans un seul cas, je l'ai dit plus haut, sur 16 examens faits à Claude-Bernard de 1908 à 1911, d'arthrites à allure rhumatismale, le streptocoque fut trouvé, et il s'agit le plus habituellement d'épanchement puriforme aseptique et l'hémoculture est négative.

Cette absence de conditions bactériologiques n'a

pas, du reste, une valeur absolue, car dans les formes suppurées graves où la septicémie paraît le plus évidente, M. Teissier dans 3 cas seulement, sur 60 examens faits à Claude-Bernard de 1908 à 1911, a constaté la présence du streptocoque dans le sang et dans le pus articulaire.

Si donc le streptocoque doit être l'agent le plus habituel des formes graves ou tardives succédant à une véritable septicémie streptococcique, il peut être aussi un agent des formes suppurées latentes bénignes. Mais là encore comme pour toutes les manifestations non régulières de la scarlatine, on ne saurait exclure l'hypothèse possible du virus scarlatin.

Donc pour M. le professeur Teissier il n'existerait pas entre les différentes arthrites scarlatineuses de distinctions aussi absolues que celles qui ont été admises, car le rhumatisme scarlatin, comme les autres rhumatismes infectieux, peut affecter des formes diverses réunies entre elles par une série de cas de transition, avec cette addition qu'il n'y a pas probablement une seule cause aux diverses variétés de manifestations articulaires des scarlatineux.

CONCLUSIONS

I. -- Un certain nombre de manifestations articulaires du type rhumatismal développées chez des scarlatineux ne sont que des formes à épanchement purulent.

II. -- Cliniquement, elles ne se distinguent en rien du rhumatisme scarlatin, alors qu'elles sont très différentes des arthrites suppurées. Elles peuvent être polyarticulaires, oligo-articulaires, mono-articulaires et représentent des variétés bénignes, bien différentes des arthrites suppurées secondaires ou des arthrites purulentes après un état septicémique.

III. -- Pathogéniquement, il est impossible présentement de dire quel est le rôle du virus scarlatin, comme de déterminer exactement celui du streptocoque dont l'influence paraît vraisemblable.

Vu : le président de la thèse,
P. TEISSIER

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Kennedy*. — London medic. chirurg. Review, octobre 1813.
Arch. gén. de Méd., t. IV, 1811.
- Duchâteau*. — Bulletin de la Société médicale d'émulation,
n° 5, mai 1816.
- Bouillaud*. — Le rhumatisme articulaire aigu, 1840.
- Trousseau*. — Gazette des Hôpitaux, 1853-1857. Clinique
médicale, 1864. Union médicale. Paris, 1852.
- Blondeau*. — Arch. gén. de Méd., 6^e série, 1870.
- Cadet de Cassicourt*. — Des complications articulaires de la
scarlatine (France médicale. Paris, 1881, Traité cli-
nique des maladies de l'enfance, t. II, 1897).
- Bouchard*. — Maladies par ralentissement de la nutrition,
1882.
- Bourcy*. — Des déterminations articulaires des maladies
infectieuses. Thèse de Paris, 1883.
- Jacoud*. — Cardiopathies scarlatineuses (Union médic.
Paris, 1887).
- De Lapersonne*. — Les arthrites infectieuses non tubercu-
leuses. Thèse d'agrégation, 1886.
- Marfan*. — Pseudo-rhumatismes infectieux (Gaz. des Hôpi-
taux, 1888).
- Heubner et Bahrdt*. — Berlin Kl. Wochenschrift, 1884.
- Lehnhardt*. — Jahrbuch für Kinderheilk unde, 1888,
vol. XXVIII.
- Raskin (Marie)*. — Centralblatt für bacteriologie, 1889, n° 13
- Carslaw*. — Glasgow medical journal, 1891.
- Chevalet*. — Des complications articulaires de la scarlatine,
pseudo-rhumatisme scarlatineux. Thèse de Paris,
1892.

- Richardière et Péron.* — Société médicale de Paris, 1893.
- Legendre.* — Arthralgies scarlatineuses anormalement précoces (Soc. méd. des Hôp. Paris, 1893).
- Maucclair.* — Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses (Arch. gén. de Méd., janvier à avril 1895).
- Hodges.* — Lancet. Londres, 1894.
- Roger.* — Les maladies infectieuses, t. II.
- Sauné.* — Dictionnaire des Sciences médicales.
- Lemoine.* — Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications (Arch. de Méd. et de Pharm. militaires, 1899).
- Apert.* — Scarlatine aux Enfants-Malades en 1898 (Bulletin et Mém. de la Société méd. des Hôpitaux, 1896).
- Valay.* — Pseudo-rhumat. scarlatin. Thèse de Montpellier, 1897.
- Maltrait.* — La scarlatine aux Enfants-Malades. Thèse de Paris, 1900.
- De Rochely.* — Neuf années de scarlatine. Thèse de Lyon, 1900.
- Notin.* — Scarlatine et streptococcie. Thèse de Lyon, 1900.
- Jullemier.* — Contribution à l'étude du rhumatisme scarlatineux chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.
- Saint-Paul.* — Etude de 300 cas de scarlatine. Thèse de Paris, 1905.
- Hallé.* — Société de Pédiatrie, 1908.
- Gouget.* — Les Séquelles de la scarlatine (Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1909).
- Rogre et Magarot.* — Scarlatine grave de l'adulte, compliquée de pseudo-rhumatisme (Montpellier médical, 1909).
- Teissier.* — Les troubles fonctionnels du cœur dans la scarlatine (Lecture à l'Académie de Médecine, séance du 2 mai 1910).
- Les troubles du rythme cardiaque (rythme de galop) au cours de la scarlatine (Mémoire publié dans le

volume anniversaire dédié au professeur Teissier de Lyon, 1909).

Guinon. — Traité de Médecine de Charcot-Bouchard.

Wurtz. — Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

Widal. — Pseudo-rhumatisme infectieux (Traité de Médecine et de Thérapeutique, t. II).

Nobécourt, Jurie des Camiers et Tournier. — Rhumatisme articulaire, endocardite et péricardite dans la scarlatine (Soc. méd. des Hôp., 8 octobre 1915).

Nobécourt et Gimbert. — Complications multiples de la scarlatine (Soc. méd. des Hôp., avril 1918).

Florand et Merklen. — Rhumatisme et troubles cardiaques dans la scarlatine (Soc. méd. des Hôpitaux, 16 juin 1916).

Apert et Cambassédès. — Arthrites purulentes aiguës aseptiques (Presse médicale, 26 novembre 1919).

